Lane Medical Libra

Carcinoma Cervicis et Uteri bei chronischer Gonorrhoe Cervicis uteri

---

DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER LUDWIGSUNIVERSITÄT ZU GIESSEN

VORGELEGT VON

OTTO HAGEN

AUS JÜTERBOG

GIESSEN 1936

Druckerei Justus Christ, Inh. Karl Christ

Dekan: Prof. Dr. A. W. Fischer
Referent: Prof. Dr. med. Schumacher
Tag der Genehmigung durch den Prüfungsausschuß: 19. 12. 35

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154009_0134

Ein Symptom, das vielen gynäkologischen Erkrankungen gemeinsam ist und das wir immer wieder bei einem hohen Prozentsatz aller überhaupt zur Untersuchung kommenden Krankheitsfälle auftreten sehen, ist der Fluor. Von den vielen Arten des Fluors die wir kennen, sollen uns im Rahmen dieser Arbeit nur zwei beschäftigen, nämlich der spezifische Fluor bei der weiblichen Gonorrhoe sowie der Fluor als Anzeichen bezw. Symptom eines Karzinoms.

Nach v. Jaschke muß man von Fluor reden, wenn eine objektiv nachweisbare Vermehrung des Scheidensekrets uns zu dieser Diagnose berechtigt. Der Fluor, also die Vermehrung des Scheidensekrets, gibt uns aber noch keinerlei Aufschluß über den Sitz und die Art der Erkrankung, die eine Vermehrung des Sekrets bewirkt. In jedem derartigen Fall ist also festzustellen:

1. Welcher Abschnitt des Genitalapparates liefert das vermehrte Sekret?
2. Ist die Hypersekretion Ausdruck der Erkrankung eines bestimmten Genitalabschnitts oder ist sie ihrerseits abhängig von einer Störung in einem anderen, meist höher gelegenen Teil des Genitaltraktes?
3. Ist der Ausfluß direkt oder indirekt abhängig von extragenitalen Störungen?

Für die Beantwortung der ersten Frage bezüglich des Abschnittes des Genitaltraktes, der den Fluor liefert, kommen je nach Art der Erkrankung in Frage Vestibulum, Vagina, Cervix, Corpus und schließlich die Tuben. Auch die Ursachen, welche den Fluor auslösen, können mannigfaltigster Art sein. Von ihnen sollen uns wiederum nur zwei beschäftigen, nämlich die Entzündungen bakterieller Natur und das Karzinom.

Im Vordergrund der Ätiologie der entzündlichen weiblichen Genitalerkrankungen steht immer noch die Gonorrhoe, die ja im Stande ist, in allen oben erwähnten Teilen des weiblichen Genitaltraktes eine Entzündung und anschließend einen Katarrh hervorzurufen, wobei am meisten die Cervix mit 80% aller Fälle primär erkrankt ist.

Im wesentlichen werden von der Gonorrhoe die Epithelien betroffen und unter den verschiedenen Epithelformen wiederum am meisten das Zylinderepithel, woraus sich auch das weitaus häufigste Befallensein des Cervikalkanals ohne weiteres erklären läßt. Dem Eindringen der Gonokokken folgt sofort als Abwehrreaktion des Organismus eine starke Hyperämie der befallenen Stellen und im weiteren Verlauf ein Vordringen der weißen Blutkörperchen in der Richtung auf den Herd der Erkrankung. Hierdurch erhalten wir die Merkmale der Entzündung, und es kommt weiterhin zu mehr oder weniger starken Zerstörungen des Epithels und dann zur Abstoßung des nekrotischen Gewebes. Die dadurch entstehende Eröffnung von Gewebsspalten bietet der Infektion dann immer mehr und bessere Möglichkeiten zum Eindringen. Es finden sich also sehr häufig Epitheldefekte an den erkrankten Stellen, in unserem Falle im Cervikalkanal, die von da aus übergreifend nicht selten auch den Epithelüberzug der Portio erodieren. Es ist ja geradezu ein Charakteristikum der akuten Cervikalgonorrhoe, daß wir einen schmalen Erosionssaum am äußeren Muttermund sehen, an den sich dann bei ausgedehnteren und ganz besonders bei chronischen Fällen die ausgesprochene Portioerosion anschließt. Schließlich finden wir sogar im Anschluß an eine Gonorrhoe tiefe Ulzerationen der Portio. Alle diese Erscheinungen rufen aber als initiales Symptom für eine Erkrankung innerhalb des Genitales einen je nach Stärke der Infektion und der geschilderten Veränderungen stärkeren oder schwächeren Fluor hervor. Selbstverständlich ist die Feststellung einer Gonorrhoe als Ursache der Erkrankung erst dann absolut gesichert, wenn in dem Fluor Gonokokken nachweisbar sind, wenn auch erst nach wiederholter Kontrolle. Es treten ja häufig genug Fälle von scheinbar unspezifischem Fluor auf, bei denen erst nach mehrmaliger Untersuchung oder auch erst auf Provokation hin Gonokokken zu finden sind.

Der Sitz der Erkrankung läßt sich erst durch eingehende Untersuchung und Beobachtung sicher bestimmen.

In derselben Art, wie hier der Fluor als erstes Symptom einer Gonorrhoe des weiblichen Genitales geschildert wird, finden wir ihn aber auch noch bei einer ganzen Anzahl von genitalen Erkrankungen als Frühsymptom. So ist z. B. auch wieder das Auftreten von Fluor gemeinsam mit Intervallblutungen bezw. Blutungen nach bereits eingetretener Menopause, seien sie nun stärkerer oder schwä-

cherer Natur, oft genug das erste Anzeichen für das Bestehen einer karzinomatösen Wucherung am Genitale. Die primäre Ursache für das Auftreten von Fluor bei den karzinomatösen Erkrankungen ist nicht wie bei der Gonorrhoe eine Entzündung des Gewebes, sondern er erscheint hier im Gefolge eines mehr oder minder starken Gewebszerfalls, wie ja überhaupt das Gefährliche bei derartigen Wucherungen die Tatsache ist, daß sie anfänglich keinerlei Erscheinungen machen, weder entzündlicher oder allgemeiner Natur. Erst dann, wenn durch das Vordringen des Karzinoms die Epitheldecke an irgendeiner Stelle zerstört ist und die ins Gewebe vordringende Neubildung größere Bezirke zur Nekrose und Erweichung gebracht hat, beginnen infolge der Arrosion kleinerer und größerer Gefäße die Blutungen aufzutreten. Schon etwas früher aber tritt im Allgemeinen ein Ausfluß auf, der dann durch die folgende Blutbeimischung bald mehr blutig, bald durch stärkere Beimengung von nekrotischem Gewebe und Gewebsflüssigkeit mehr serös bis fleischwasserähnlich wird, meist aber doch rötlich bis bräunlich tingiert ist und zwar infolge der Zersetzung des beigemengten Blutes. Sehr bald kommt es dann auch zur Sekundärinfektion durch das Eindringen von Keimen, die ja in nächster Nähe in der Vagina nach der Defloration physiologischerweise in großen Mengen und in den verschiedensten Gattungen vorhanden sind. Durch die sekundäre Infektion des karzinomatösen zerfallenden Gewebes kommt es dann zu einem eitrigen bis fötiden Fluor. Wie bereits erwähnt, haben wir nicht die Absicht, alle die verschiedenen Erkrankungen des Genitalapparates heranzuziehen, bei denen der Fluor als Symptom eine Rolle spielt, sondern wir haben ganz bewußt zunächst die Gonorrhoe und dann noch das Karzinom herangezogen, da in Folgendem zwei Fälle zur Beschreibung kommen sollen, bei denen einmal nacheinander, einmal scheinbar gleichzeitig die beiden erwähnten Erkrankungen zu finden sind. Diese beiden Fälle wollen wir nun daraufhin betrachten, inwieweit die beiden verschiedenartigen Erkrankungen miteinander in Beziehung zu bringen sind, bezw. ob die erste, also die Gonorrhoe, geeignet sein kann die andere nach sich zu ziehen oder doch zu begünstigen, sei es auch nur dadurch, daß der gonorrhoische Fluor das Erkennen eines gleichzeitig auftretenden Karzinoms verhindert oder zum mindesten erschwert. Wenn es sich allerdings um ein an der Portio beginnendes Karzinom handelt, das bei der

Spiegeluntersuchung wohl kaum der Aufmerksamkeit entgeht, dann ist der bestehende Fluor wohl eindeutig geklärt, es sei denn, daß es sich um eine Misch- bezw. Pfropfinfektion mit Gonokokken handelt, die ja zweifellos in den erodierten Bezirken des karzinomatösen Gewebes äußerst günstige Ansiedlungsmöglichkeit finden. Dann aber werden der Diagnosestellung keinerlei Schwierigkeiten im Wege stehen, denn eine derart verdächtig erkrankte Stelle muß ja zwangsläufig die histologische Untersuchung nach sich ziehen, der Nebenbefund von Gonokokken hat nur nebensächliche Bedeutung, ob er nun erhoben wird oder nicht. In jedem anderen Falle aber wird die Diagnose manchmal sehr schwierig zu stellen sein, d. h. wenn sie auf Grund des Fluors allein gestellt werden soll. So wie die Gonorrhoe die verschiedenen Abschnitte des Genitaltraktes, zum Teil einzelne, oft genug aber auch alle, befallen kann, so kann auch das Karzinom in jedem Einzelfall seinen Sitz isoliert an jedem Teil des Genitaltraktes haben. Allerdings ist bei den beiden Erkrankungen die Entstehung keineswegs vergleichbar, da ja die Gonorrhoe von den unteren zu den oberen Abschnitten des Genitaltraktes ihren Weg nimmt, während das Karzinom an irgendeiner beliebigen Stelle des Genitales entstehen und je nachdem mehr oder weniger in die Umgebung vordringen kann. Wie bei der Cervixgonorrhoe sich der Sitz der Erkrankung durch den starken cervikalen Fluor und die zirkuläre Erosion um den Muttermund, schließlich noch durch die Erosion an der Portio selbst kennzeichnen kann, so finden wir auch bei dem am Kollum uteri beginnenden Karzinom sehr bald den cervikalen Fluor und die Portioerosion, wenn nicht überhaupt das Tumorwachstum im Bereich der Portio beginnt und somit bei Einstellung der Portio im Spiegel ohne weiteres diagnostiziert wird. Wir finden also Fluor aus dem Cervikalkanal und Erosion der Portio als Initialsymptom bei zwei ganz verschiedenen Erkrankungen, sowohl bei der Cervixgonorrhoe als auch beim Kollumkarzinum. Im Folgenden bringen wir nun die Krankengeschichten der bereits angeführten beiden Fälle, welche die gleiche Lokalisation beider gleichzeitig bezw. nacheinander auftretenden Erkrankungen aufwiesen und die in den letzten Jahren an der Univ.-Frauenklinik Gießen beobachtet werden konnten.

Fall 1.

Frau M. B. geb. R. Alter 29 Jahre. Gyn. Journ. 244/20, 323/23, 787/30. Familienanamnese ohne Besonderheiten. In der Eigenanamnese finden wir Angaben über eine als Kind überstandene Rachitis sowie Masern. 1919 wurde die Frau wegen einer Lues in der Univ.-Hautklinik Gießen behandelt. 1920 war sie bei uns in Behandlung wegen einer Gonorrhoe der Cervix und der Urethra.

Genitalbefund: Grau-grünliches schaumiges Sekret in der Vagina. Schleimhaut glatt. Der äußere Muttermund zeigt ein kleinpfennigstückgroßes Ektropium. Go-Abstrichkontrolle der Cervix positiv, der Urethra negativ.

Dekursus: Patient wird mit Austupfen der Vagina mit Sublimat in Lösung 1 : 1000 und Pudern mit Sadobolus behandelt. Der Fluor bessert sich bereits nach wenigen Tagen ganz wesentlich. Eine nach 10 Tagen vorgenommene Abstrichkontrolle bleibt bei Cervix und Urethra negativ. Nochmalige Kontrolle nach wiederum 3 Tagen ebenfalls negativ. Bei der Exploration stellt sich eine fingerdicke Schwellung und starke Druckschmerzhaftigkeit beider Tuben heraus. Es werden nunmehr große Spülungen bis zu 10 Ltr. von 40—44 Grad vorgenommen. Wegen eines plötzlich auftretenden Gesichtserisypels wird Pat. in die Med. Klinik verlegt.

Wiederaufnahme am 19. IV. 1923 mit folgender Zwischenanamnese: Seit Anfang Februar dauernd Blutungen, die nach 2—3 Tagen Dauer wieder aufhören. Mitunter plötzliche Schmerzen im linken Unterbauch und im Rücken.

Genitalbefund: Spiegel o. B. Vag. Expl.: Uterus antevertiert-flektiert. Größe der Geburtenzahl entsprechend, beweglich, Oberfläche glatt. An der Corpus-Columgrenze tastet man ein etwa erbsgroßes äußerst schmerzhaftes Knötchen vor dem hinteren Scheidengewölbe. Adnexe und Parametrien o. B.

Diagnose: Metrorrhagien, Parametritis posterior.

Therapie konservativ: Bettruhe, Pituglandol ⟨2—4 x tgl. 1 ccm⟩ Nach 4 Wochen wird Pat. als gebessert entlassen.

Wiederaufnahme am 4. VI. 1923 mit folgendem Befund:
Die Portio ist plump aufgetrieben. An Stelle des äußeren Muttermundes fühlt man einen Wundkrater, dessen Ränder derb infiltriert sind, der für eine Fingerkuppe eingängig ist und aus dem

sich ein jauchig-sanguinolentes Sekret entleert. Bei der Exploration löst sich ein Gewebsbröckel, der histologisch untersucht wird. Während das rechte Parametrium im Wesentlichen ohne pathologischen Befund ist, zeigt das retrocervikale Gewebe sowie das linke Sakrouterinligament eine derbe, sehr druckschmerzhafte Infiltration. Das linke parametrane Gewebe ist ebenfalls sehr druckempfindlich. Der Uterus läßt sich bei dem starken Spannen der Pat. nicht mit Sicherheit abgrenzen.

Ordination: Wegen verjauchten Cervixkarzinoms Aufnahme auf septischer Station. Da der histologische Befund einwandfrei ein Cervixkarzinom ergibt, soll die Operation nach Wertheim vorgenommen werden.

Operationsbericht: Art der Operation: Erweiterte abdominale Radikaloperation.

Vaginale Vorbereitung: Spülung, sorgfältiges Trockentupfen, Auswischen der Scheide mit Jod, Einlegen eines Jodoformgazestreifens.

Linksseitiger Lennanderschnitt von der Symphyse bis über den Nabel. Die Bauchdecken sind sehr blutreich, nach ihrer Eröffnung sinken die Eingeweide gut zurück. Sorgfältiges Abstopfen des Operationsgebietes. Dann werden links und rechts die Ligg. infundibulopelvica und rotunda doppelt unterstochen, nach Durchschneidung werden die Adnexe an der Hinterwand des Uterus geknotet und fixiert, die Blasenumschlagsfalte wird eröffnet, die Blase zunächst in der Mittellinie bis auf das mittlere Scheidendrittel abpräpariert, danach wird der linke Ureter bis zur Kreuzungsstelle mit dem Uterinabündel freigelegt und das Uterinabündel außerhalb der Kreuzungsstelle unterstochen. Dann wird der Blasenzipfel mit der Einmündung des Ureters von Cervix bezw. Blase abpräpariert und die Blase noch weiter bis auf die Grenze zwischen mittlerem und unterem Scheidendrittel abgelöst. Am Blasenzipfel wird eine Blutung aus Blasenvenen durch Übernähungen unter gleichzeitiger Stützung des Ureters gestillt. Darauf wird auf der rechten Seite in derselben Weise vorgegangen und auch der Blasenzipfel wieder übernäht. Hier findet sich eine haselnußgroße Lucas-Champonier'sche Drüse, während weder iliakale noch hypogastrische Drüsen vorhanden sind. Nunmehr werden die Sacrouterinligamente durchtrennt, das Rectum von der Scheide abgelöst. Dann wird jederseits an der Scheiden-

kante eine Unterstechung angelegt und oberhalb dieser die Scheide nach Einlegen eines Bauchtuches von vorne her eröffnet. Vom Scheidenlumen aus wird die hintere Wand durchtrennt und nach Anhaken des gesamten Bindegewebes mit dem Genitale maximal gespannt gelockert. An der Stelle, wo das Bindegewebe einzureißen beginnt, was rechts und links an der Beckenwand der Fall ist, wird eine Wertheim'sche Parametriumklemme angelegt, dann wird das Parametrium vollständig durchtrennt, das retrocervikale und das pararektale Gewebe fast völlig mitgenommen, sodaß das Rektum völlig entblößt durch das Becken läuft. Die mitgenommenen Bindegewebsmassen sind so vollständig, daß das ganze kleine Becken jetzt leer erscheint. Es werden dann einige stark blutende hämorrhagische Gefäße unterbunden. Hierauf wird die Blutstillung an der Rektumwand durch Übernähungen vervollständigt. Im rechten Bindegewebsstumpf ist noch eine Unterstechung nötig, dann ist das Operationsgebiet völlig bluttrocken bis auf geringe parenchymatöse Blutungen. Der Puls wird nach der Bindegewebsausräumung vorübergehend schlecht, erholt sich aber bald wieder. Nunmehr wird der vordere Scheidenwundrand durch einige Knopfnähte mit dem Blasenperitoneum und der hintere Scheidenwundrand durch 2 Knopfnähte mit dem Rektumperitoneum an der Grenze zwischen intra- und extraperitonealem Abschnitt vereinigt. Dann wird beiderseits ein Jodoformgazestreifen in die Bindegewebshöhle eingelegt und zur Scheide hinaus geleitet. Peritoneale Decknaht in üblicher Weise, dann Doppelung dieser unter Überlagerung der Flexur. Herableiten des Netzes, Eingießen von 50,0 Pregl'scher Jodlösung. Schluß der Bauchhöhle, Naht der Bauchdecken in 5 Etagen in typischer Weise. Postoperativer Verlauf zeigt eine Temperatursteigerung bis auf 38,7 am dritten Tag. Eine Revision der Wunde zeigt eitrige Sekretion, weshalb Pat. auf die septische Station verlegt wird. Die Temperaturkurve zeigt dann eine Kontinua um 39,0 bis zum 14. Tag. Pat. bekommt wegen der Gefahr einer allgemeinen Peritonitis Darmperistaltika, die auch ihre Wirkung nicht verfehlen. Vom 5. Tage an regelmäßiger Stuhlgang. Gegen die einen leicht septischen Einschlag zeigende Infektion wird eine Caseosankur vorgenommen.

Vom 22. Tag an ist Pat., abgesehen von einzelnen Temperaturzacken, bis auf 38,3 völlig fieberfrei. Sie wird am 51. Tag nach der Operation nach vorheriger Röntgenrezidivverhütungsbestrahlung entlassen.

Entlassungsbefund: Bauchwunde sekundär verheilt. Abdomen nirgends druckempfindlich. Scheidenschleimhaut glatt, weißlich-rahmiger Fluor. Hintere Scheidenwand gut verheilt. Allgemeinbefinden gut, Pat. wird als geheilt entlassen und soll sich nach acht Wochen, falls nicht vorher eine Verschlechterung eintritt, wieder vorstellen. Auch das Operationsmaterial zeigt das Uterusgewebe und das benachbarte parametrane Gewebe von karzinomatösen Strängen spinnwebartig durchwuchert. Die Grenzen des exstirpierten Gewebes sind auf mehrere Zentimeter frei von Karzinomzellen.

Die bis zum heutigen Tag durchgeführten Nachuntersuchungen ergeben völlige Rezidivfreiheit.

Fall 2.

Frl. K. Sch., 31 Jahre alt. Gyn. Journ. 9/1934.

Familienanamnese o. B. Auch die Eigenanamnese zeigt keine Besonderheiten hinsichtlich allgemeiner Erkrankungen. Wohl aber finden wir wie bei dem vorhergehenden Fall eine Gonorrhoe in der Anamnese, und zwar wurde Pat. im Laufe der Jahre verschiedentlich wegen gonorrhoischer Infektionen behandelt. Die erste Infektion liegt bereits 12 Jahre zurück. 1924 Spontanpartus, nachdem im Verlauf der Schwangerschaft ein Abtreibungsversuch vorgenommen worden war. Kind nach 10 Tagen an unbekannter Ursache gestorben. 1926 Abort im 6. Monat, Abrasio, glatter Verlauf. Der Allgemeinstatus ist bis auf eine geringe Gewichtsabnahme ohne Besonderheit. Im April des laufenden Jahres traten starke Schmerzen im ganzen Unterleib auf, der schon längere Zeit bestehende Ausfluß wurde stärker. Pat. war dann zur Untersuchung beim Facharzt, der aber keine Go. feststellen konnte. Bei einer etwas später stattgefundenen Untersuchung durch einen Gynäkologen wurde eine Eierstockentzündung diagnostiziert und Pat. 10 Tage stationär konservativ behandelt. Da die Schmerzen aber stärker wurden, Operation am 18. Juli 1933. Entfernung des linken Eierstocks und des Blinddarms. Die Beschwerden besserten sich wohl etwas, doch bestanden immer noch Schmerzen in der Mitte des Unterleibs und im Rücken, auch zeigte sich noch weiterhin noch gelblicher Ausfluß.

Genitalstatus: Uterus antevertiert-flektiert, Einzelheiten infolge Bauchdeckenspannung nicht zu tasten. In beiden Adnexgegenden druckempfindliche Resistenzen, ohne das gröbere Veränderungen zu tasten sind.

Spiegel: In der Scheide reichlich gelblich-eitriges Sekret. Hintere Muttermundlippe ziemlich eingezogen. Eine dreimalige Go-Kontrolle bleibt ohne positives Ergebnis. Daraufhin Lugol-Reizung: Cervixabstrich suspekt, Urethralabstrich positiv.

Diagnose: Go Cervicis et Urethrae.

Therapie: Targesin, Protargol, Milchsäurespülungen, Lichtbogen. Die Behandlung dauert vom 13. XII. bis 13. I. Nun entdeckt man, daß die Portio stark zerklüftet ist. Ordination: Probeexcision, deren histologische Untersuchung einwandfrei ein beginnendes Karzinom des Collum uteri ergibt. Nun wird die Operation vorgenommen.

Operationsbericht: Art der Operation: Abdominale Totalexstirpation unter Zurücklassung der rechten Adnexe.

Lennanderschnitt dicht neben der alten Narbe von der Symphyse bis zum Nabel. Die Bauchdecken sind ganz auffallend blutreich, sodaß die Blutstillung viel Zeit erfordert. Bei Eröffnung der Bauchhöhle finden sich zahlreiche Verwachsungen von der früheren außerhalb stattgefundenen Operation. Das Netz ist mit seinem freien Rand breit am Uterus und an den Randpartien des kleinen Beckens adhaerent und muß scharf abgetrennt werden. Die Uterusserosa zeigt mehrfach Auflagerungen. Ausgedehnte in mehreren Etagen angeordnete Adhäsionen bestehen zwischen Flexur und Genitale. Insbesondere ist auch das Rektum durch ziemlich derbe Adhäsionen am Uterus fixiert. Vorn ist die Blase hochgezogen und reicht fast bis zum Fundus heran. Die linken Adnexe fehlen. Die rechten Adnexe sind makroskopisch normal. Anhaken des Uterus. Zunächst werden auf der linken Seite die Ligg. infundibulo-pelvica und rotunda unterstochen, während rechts das gesamte Tubenbündel in seiner Quetschfurche unterstochen wird, wonach man die Einzelgefäße nochmals für sich ligiert. Das Einschneiden der Plica vesico-uterina und das Lösen der Blase schwierig, da das ganze vesico-uterine Gewebe sulzig infiltriert ist. Auch das parauterine Gewebe ist entzündlich infiltriert, der Ureter muß deshalb in seinem Verlauf klargestellt werden, ehe die uterinen Unterstechungen angelegt werden können. Nunmehr wird das Rektum vom Uterus abpräpariert, dabei stellt sich heraus, daß man in eine kleine schorfumkleidete etwa kirschkerngroße Höhle kommt, die in die Scheide führt. Offensichtlich hat hier vor längerer Zeit eine artefizielle Per-

foration stattgefunden, die wahrscheinlich für die ganzen entzündlichen Veränderungen anzuschuldigen ist. Es gelingt das Rektum ohne Nebenverletzung vom Uterus und den Sakrouterinligamenten abzulösen, dann werden die Ligg. sacrouterina unterstochen. Nach Entfernung des vor der Operation in die Scheide eingelegten Jodoformgazestreifens, wird die Scheide eröffnet und das Genitale abgesetzt. Jetzt wird der vordere Scheidenrand mit dem Blasenperitoneum, der hintere mit dem Rektumperitoneum durch Raffknopfnähte vereinigt. Links ist noch eine nachträgliche Ligatur notwendig, da am Uterinabündel einzelne kleine Ästchen anscheinend nicht ganz in die Unterstechung hineingekommen sind. Einlegen eines Fächertampons in die Scheide, Anlegen einer peritonealen Decknaht. Darauf werden etwa 20,0 Pregl'sche Jodlösung eingegossen. Nunmehr wird unter Heranziehung der Flexur eine zweite peritoneale Decknaht ausgeführt. Herableiten des Netzes, Schluß der Bauchhöhle, Naht der Bauchdecken unter Excision der alten Narbe aus der Bauchhaut. Versorgung der Haut mit serres fines. Die Bauchdeckennaht nimmt infolge der Excision der Narbe und der neuerlich erforderlichen Blutstillung viel Zeit in Anspruch. Die Bauchhöhle ist insgesamt 35 Min. offen. Der postoperative Verlauf ist ohne Besonderheiten. Pat. bekommt 5 Wochen nach der Operation eine Röntgenrezidivverhütungsbestrahlung. Entlassung nach 3 Monaten. Es geht ihr heute gut. Kein Anhalt für Rezidiv. Auch hier ergab die histologische Untersuchung des Operationsmaterials ein Plattenepithelkarzinom des Collums, ausgehend vom Übergangsepithel.

Es handelte sich also in den beiden vorliegenden Fällen um zwei aufeinanderfolgende Erkrankungen des weiblichen Genitale bei derselben Pat., die auf den ersten Blick nicht in ursächlichem Zusammenhang zu stehen scheinen. Bei näherer Betrachtung kann man sich jedoch nicht des Gedankens erwehren, daß das Karzinom vielleicht doch als direkte Folge der vorausgegangenen Go anzusehen ist. Wenn auch nach v. Jaschke über die Ätiologie des Collumkarzinoms, wie es in den beiden Fällen auftrat, noch völlige Unklarheit herrscht, so muß man sich doch Gedanken darüber machen, daß das Karzinom insbesondere bei Vielgebärenden auftritt, wie alle diesbezüglichen Statistiken beweisen. Fast alle Autoren sind sich darin einig, daß diese Tatsache auf die bei jeder Entbindung entstehenden Verletzungen und nachfolgenden Narbenbildungen zu-

rückzuführen ist, welche durch die um die Narben bestehende Anämie eine Neubildung begünstigen. Manche Autoren gehen sogar soweit, zu behaupten, daß jede Narbe ein für die Entstehung eines Karzinoms prädisponiertes Gewebe ist, so z. B. Koblank. Es sind unter anderem viele Fälle in der Literatur bekannt, bei welchen sich ein Magenkarzinom auf Grund alter Geschwürs- oder Operationsnarben bildete. Besonders wird dabei auf die wiederholte mechanische oder die auf Grund chronischer Reize bedingte Schädigung in erster Linie hingewiesen. In fast allen Fällen handelt es sich also um Schädigungen des Gewebes, das durch Umgestaltung seines Zellverbandes an Widerstandskraft einbüßt und dadurch eine prädisponierte Stelle für die Entstehung maligner Tumoren bildet. Allein auf Grund dieser Anschauung, daß nämlich die Strukturänderung das Gewebe schwächen soll, haben sich verschiedene Reiztheorien entwickelt, die alle die Krebshäufigkeit in Zusammenhang mit chronischen, besonders entzündlichen Prozessen bringen. So führt Koblank eine von Polese aufgestellte Statistik an, in der von 48 Karzinomfällen 34 Fälle deutliche Zeichen einer vorangegangenen Erkrankung aufwiesen, unter denen wieder chronische Katarrhe sowie Stenosen eine besondere Rolle spielten. Eine Statistik von Scheuerer beschäftigt sich mit der Entwicklung von Brustdrüsenkarzinomen, die in 30—40 % auf Grund alter Mastitiden entstanden waren. Ferner wird von De Ruyter ein Fall von Mamakarzinom beschrieben, das sich um eine 20 Jahre vorher eingestochene Nadel entwickelt hatte. Es handelt sich also auch hier um eine chronische Reizung, nämlich um den von der Nadel ausgehenden Fremdkörperreiz, der das Gewebe in seinem organischen Zellaufbau so schädigte, daß es zu einer Gewebsneubildung malignen Charakters kam.

Bei diesen Vorgängen spielt nach Ansicht verschiedener maßgebilder Autoren natürlich auch die erbliche Disposition eine nicht zu unterschätzende Rolle. Es handelt sich hierbei wohl nicht um die direkte Vererbung eines Karzinoms, sondern um die Vererbbarkeit der der Neigung des Körpers und seiner Organe, auf äußere chemische oder mechanische Reize mit einer malignen Entartung des Epithels zu reagieren. Da die Karzinome im allgemeinen erst in späteren Lebensjahren aufzutteten pflegen, spricht ein in jüngerem Alter auftretendes Karzinom eigentlich für diese Ansicht. Auch unsere beiden Fälle scheinen dies zu bekräftigen, denn trotzdem die Gonorrhoe eine

nicht seltene Erkrankung darstellt, ist wohl eine Kombination der Erkrankung an Gonorrhoe mit Karzinom in der Literatur kaum bekannt.

Beide Fälle weisen in der Anamnese eine sehr frühzeitig aquirierte Gonorrhoe auf, die wohl sofort zur Behandlung kam, aber in einzelnen Zeitabständen immer wieder aufflackerte. Im Falle Br. zog sich die Behandlungszeit über drei Jahre hinaus, in welcher Zeit wohl immer Ausfluß bestand, aber nicht immer Gonokokken nachweisbar waren. Nach Ablauf der drei Jahre gesellten sich zum Ausfluß noch Blutungen von 2—3 Tagen Dauer. Gleichzeitig auftretende Schmerzen in Unterbauch und Rücken führten die Patientin wieder zu uns, die Untersuchung gab dann, daß sich im Gewebe der wegen Gonorrhoe behandelten Cervix ein Wundkrater gebildet hatte, der sich histologisch als Karzinomkrater herausstellte. Im anderen Fall Sch. waren sogar 12 Jahre bis zur Feststellung des Karzinoms verstrichen. Beide Patientinnen wurden in üblicher Weise mit Spülungen und intracervikalen Protargoleinlagen behandelt. Sie kamen in verschieden großen Zeitintervallen immer wieder zur Behandlung, weil sich der Fluor nach vorübergehender Besserung immer wieder verstärkt hatte. Die Entlassung erfolgte dabei immer mit negativem Go-Befund. Inwieweit es sich dabei um Reinfektionen oder um Wiederaufflackern der alten Entzündungen handelte, ist wohl nicht mit Sicherheit festzustellen. Dies spielt aber auch keine große Rolle in der Beurteilung. Uns soll in diesem Zusammenhang nur interessieren, daß beide Patientinnen mehrere Jahre lang an Ausfluß litten, der zeitweise spezifischer Natur war, und daß bei beiden nach Verstreichen einer größeren oder geringeren Zeitspanne in verhältnismäßig jungen Lebensjahren ein Karzinom der Cervix, also der Stelle auftrat, die solange der Sitz der chronischen Reizung infolge des Ausflusses gewesen ist. Es soll nun hierbei durchaus nicht irgendwelche Theorie der Karzinomgenese vertreten werden oder gar bewiesen werden, sondern es handelt sich in erster Linie darum klarzustellen und festzulegen, inwieweit ein Fluor der als spezifisch festgestellt wird, demzufolge auch nur als Symptom einer akuten oder chronischen Infektion gewertet wird, geeignet sein kann, die Diagnose eines Karzinoms zu verhindern oder auch nur zu verdunkeln, da ja das Frühsymptom des Karzinoms ebenfalls der Fluor, wenn auch unspezifischer Natur, ist. Gerade die verbreitete Ansicht, daß eine Erosion anscheinend harmloser Natur, wie sie die Gonorrhoe, zum mindesten

in ihrem chronischen Auftreten, hinterläßt, sehr selten maligne entartet (nach v. Jaschke), unterstützt noch in ganz wesentlich erhöhtem Maße die Möglichkeit des Übersehens und läßt es vielleicht weit häufiger als man anzunehmen geneigt ist, nicht zu einer exakten Frühdiagnose des Karzinoms kommen. Der durch die cervikale Form der Gonorrhoe verursachte zirkuläre Erosionssaum ist ja auch fast immer harmloser Natur; dies schließt aber doch die Möglichkeit einer gelegentlichen malignen Entartung durchaus nicht aus. Diese Ansicht sehen wir in ganz typischer Weise bei den beiden geschilderten Fällen bestätigt. Allerdings muß man auch hier selbstverständlich wieder der Ansicht beipflichten, daß hierzu eine ganz besondere Disposition nötig sein muß und in beiden Fällen wohl auch vorgelegen hat, die beide wahrscheinlich nicht durch die chemischen und physikalischen Reize des Fluors und seiner Therapie die maligne Entartung der anfänglich harmlosen gonorrhoeischen Erosion zeigen. Wenn dies der Fall wäre, dann müßten doch mit größter Wahrscheinlichkeit alle an Gonorrhoe erkrankten Frauen oder doch ein hoher Prozentsatz derselben, ganz besonders der an chronischer Gonorrhoe leidenden, früher oder später an einem Karzinom erkranken.

Wenn wir uns nun zum Schluß nochmals fragen, weshalb die beiden beschriebenen Fälle unser ganz besonderes Interesse verdienen sollen, so müssen wir uns immer wieder vor Augen halten, daß in beiden Fällen eine Verzögerung der richtigen bezw. endgültigen Diagnosestellung vorgelegen hat. Diese Verzögerung beruhte beidemale auf der Irreführung durch den anfänglich als spezifisch erkannten Fluor, der den Gedanken an das Vorliegen eines Karzinoms, wenigstens in der späteren Behandlungszeit, erst auftreten ließ, als schon stärkere typisch karzinomatöse Veränderungen der anfangs an Gonorrhoe erkrankten und deshalb behandelten Abschnitte des Genitales die Diagnose direkt augenfällig erscheinen ließen. Es soll also ausdrücklichst betont werden, daß ein allen therapeutischen Maßnahmen auf die Dauer trotzender Fluor, sei er auch anfangs als spezifisch erkannt worden, uns nicht abhalten soll, nach einem anderen ursächlichen Moment für den hartnäckigen Ausfluß zu fahnden; wenn wir uns dann in Erinnerung bringen, wie oft der Fluor als einziges Frühsymptom des Kollumkarzinoms auftritt, dann wird uns sicherlich ein auch unter einer Gonorrhoe verborgenes Karzinom nicht entgehen.

Literatur.

v. Jaschke, Gynäkologie S. 413.
Koblanck, in J. Veit, Handbuch der Gynäkologie, Bd. 3, 2. Aufl. 1908.
Veit-Stöckel, Bd. 6, 1. Hälfte, S. 926, Verfasser Hinselmann.
Halban-Seitz, Bd. IV, S. 669, Verfasser Lahm.

Lebenslauf.

Ich wurde als Sohn des Gastwirts Otto Hagen und seiner Ehefrau Hermine geb. Schlunke, am 20. Dezember 1908 zu Jüterbog geboren, besuchte vom Jahr 1915—1918 die Vorschule des Realgymnasiums „Schillerschule" zu Jüterbog, anschließend das Realgymnasium selbst bis zum Jahre 1928. Dann ergriff ich das Studium der Medizin und legte nach 11 Semestern Studium an den Universitäten Berlin, Gießen, wo ich das Physikum nach dem 6. Semester bestand, Halle, Innsbruck, Wien und abermals Gießen mein Staatsexamen der Medizinischen Fakultät Gießen ab. Im Anschluß daran war ich fünf Monate als Medizinalpraktikant an der Universitäts-Frauenklinik zu Gießen tätig, wohin ich auch nach einer fünfmonatigen Tätigkeit am Johanniter-Krankenhaus zu Jüterbog wieder zurückkehrte. Augenblicklich bin ich Volontärassistent der Universitäts-Frauenklinik Gießen.